醫事服務機構辦理口腔預防保健服務注意事項

一、衛生福利部（以下稱本部）為執行口腔健康法第八條所定口腔保健措施事項，特訂定本注意事項。

前項口腔保健措施由本部口腔健康司（以下稱口腔司）辦理，並由本部中央健康保險署（以下稱健保署）協助辦理。

二、全民健康保險特約醫事服務機構（以下稱特約醫事服務機構）提供第三點所定對象口腔預防保健服務，應向健保署提出服務項目之申請；有關補助醫療費用之申報、核付與申復作業，應依本注意事項辦理；本注意事項未規定者，依全民健康保險相關法令之規定。

本注意事項有關健保卡之規定，於虛擬健保卡（以下稱虛擬卡）準用之。

三、提供口腔預防保健服務，其補助對象如下：

（一）兒童牙齒塗氟：

1. 零歲至進入國小當年度之八月三十一日止，每半年補助一次。
2. 未滿十二歲之低收入戶、身心障礙、設籍原住民族地區、偏遠及離島地區兒童，每三個月補助一次。

（二）國小學童白齒窩溝封填：

施作年齡條件：七十二個月≦就醫年月－出生年月≦一百四十四個月。

（三）口腔黏膜檢查：

1. 三十歲以上有嚼檳榔（含已戒）或吸菸習慣者，每二年補助一次。

2. 十八歲以上至未滿三十歲有嚼檳榔（含已戒）習慣之原住民，每二年補助一次。

（四）口腔黏膜檢查疑似異常個案追蹤及確診：

疑似異常個案轉診或轉介至口腔司審查通過之「確診醫院」或「確診及治療醫院」，由專科醫師評估後，進行切片確診者。

四、提供口腔預防保健服務，其補助之項目如下：

（一）兒童牙齒塗氟：

1. 牙醫師專業塗氟服務。
2. 一般性口腔檢查。
3. 口腔保健衛教指導：使用適量氟化物、定期口腔檢查、正確潔牙、健康飲食及其他指導。

（二）國小學童臼齒窩溝封填：

1. 恆牙第一大臼齒窩溝封填（牙位代碼分別為 16、26、36、46，每人同一牙位限申報一次）。
2. 恆牙第一大臼齒窩溝封填評估或脫落補施作(於恆牙第一大臼齒窩溝封填施作後六個月及十二個月評估， 每人同一牙位限各申報一次)。
3. 一般性口腔檢查。
4. 口腔保健衛教指導：使用適量氟化物、定期口腔檢查、正確潔牙、健康飲食及其他指導。

（三）口腔黏膜檢查。

（四）口腔黏膜檢查疑似異常個案追蹤及確診。

五、牙齒塗氟、窩溝封填、口腔黏膜檢查、疑似異常個案追蹤及確診服務補助金額如附件1至附件4。牙齒塗氟、口腔黏膜檢查及其疑似異常個案追蹤及確診服務經費屬年度預算，該預算如遭立法院凍結、刪減、刪除或用罄，本部得視情形，暫緩支付、調減價金、解除或終止服務。窩溝封填經費財源為菸品健康福利捐，屬特定收入來源，年度進行中該收入來源如有短收情形或用罄，致無法支應價金時，本部得視情形，調減價金、解除或終止服務。

六、申請辦理兒童牙齒塗氟或窩溝封填服務者，應為登記執業之牙醫師。

申請辦理口腔黏膜檢查及其疑似異常個案追蹤及確診服務者，應具有下列資格之一：

（一）登記執業之牙醫師、耳鼻喉頭頸外科專科醫師。

（二）前款科別以外之西醫專科醫師、具有西醫專科或中西醫整合專科之中醫師，並經地方政府衛生局辦理口腔黏膜檢查教育訓練合格。

（三）經本部專案許可於牙醫醫療資源不足地區衛生所執業之西醫師，且經地方政府衛生局辦理口腔黏膜檢查教育訓練合格。

前項第三款經專案許可之西醫師，如異動至非專案許可地區時，不得再辦理口腔黏膜檢查服務。

七、特約醫事服務機構辦理口腔預防保健服務，應與服務對象充分溝通並善盡查核之責，如經查核發現健保卡與本人不符、補助對象資格舉證不實、重複施行、超次使用或其他不符合規定之情事時，所需費用均應自行負擔，不得向本部申報。但補助對象因醫療需求需重複接受服務者，應依全民健康保險法申請醫療給付。

八、特約醫事服務機構已依其他法令向政府機關請領相同項目之費用者，不得重複申請預防保健費用。

九、提供服務對象各項口腔預防保健服務後，應於服務後將當次之預防保健紀錄登錄於健保卡，並於登錄後二十四小時內上傳就醫紀錄至健保署指定系統；保險對象使用虛擬卡就醫後，依健保署所定格式於二十四小時內上傳就醫紀錄至健保署指定系統，並依期程及相對應之時間依序申報費用。

特約醫事服務機構應詳實記載各項口腔預防保健服務規定之文件，並依醫療法有關病歷之規定製作及保存。

十、特約醫事服務機構應自提供各項口腔預防保健服務之次月一日起一個月內，向健保署申報費用，未依限申報者得於屆期日起五個月內補行申報，屆期仍未申報者，本部不予核付費用。

十一、特約醫事服務機構應自提供口腔黏膜檢查服務日之次月一日起一個月內，依規定詳實登錄上傳檢查表單至本部指定之「口腔癌篩檢 VPN 系統」。屆期未登錄上傳相關資料或登錄上傳之資料不完整、不正確，經通知限期補正，屆期仍未補正完畢者，本部不予核付費用；特約醫事服務機構有異議時，得提起申復。

十二、特約醫事服務機構應將口腔黏膜檢查結果通知服務對象；如發現需追蹤確診之疑似異常個案或治療之病症時，應通知其進行確診或治療或將其轉診或轉介至適當特約醫事服務機構進行確診或治療。

十三、特約醫事服務機構辦理口腔預防保健服務，如因其他醫療需求提供超過第三點及第四點所定項目及次數，非屬本部補助口腔預防保健服務範圍。

十四、本部、健保署及地方政府衛生局對於辦理口腔預防保健服務特約醫事服務機構，得實施不定期之查核與輔導。

十五、特約醫事服務機構辦理口腔預防保健服務，經查有費用申報不實、費用申報與病歷記載或服務提供不符、各項口腔預防保健服務手冊表單、檢查結果之記載、登錄上傳虛偽不實、以不正當方法招攬民眾提供服務之情事或其他違反醫療相關法規者，本部應追繳費用，並得終止辦理預防保健服務資格。

第五點附件 1 兒童牙齒塗氟保健服務

代碼	就醫序號	補助時程	服務項目	補助金額(新臺幣)
81	IC81	零歲至進入國小當年度之八月三十一日止，每半年補助一次。	**氟化防齲處理**（包括牙醫師專業塗氟處理、一般性口腔檢查、衛生教育）	500 元
88	IC81	零歲至進入國小當年度之八月三十一日止，每半年補助一次。	**社區巡迴服務** **氟化防齲處理**（包括牙醫師專業塗氟處理、一般性口腔檢查、衛生教育）	**450 元**
87	IC87	未滿十二歲之低收入戶、身心障礙、原住民族地區、偏遠及離島地區，每三個月補助一次。	**氟化防齲處理**（包括牙醫師專業塗氟處理、一般性口腔檢查、衛生教育）	500 元
89	IC87	未滿十二歲之低收入戶、身心障礙、原住民族地區、偏遠及離島地區，每三個月補助一次。	**社區巡迴服務** **氟化防齲處理**（包括牙醫師專業塗氟處理、一般性口腔檢查、衛生教育）	**600 元**

備註：

一、有關年齡條件及服務間隔條件之定義如下：

(一) 零歲至進入國小當年度之八月三十一日止。

（例如一百零九年九月二日至一百十年八月三十一日出生，補助至一百十六年八月三十一日；一百十年九月二日至一百十一年八月三十一日出生，補助至一百十七年八月三十一日，以此類推）

服務間隔：當次就醫年月-前次就醫年月≧六個月；

(二) 未滿十二歲之低收入戶、身心障礙、原住民族地區、偏遠及離島地區兒童，

就醫年月-出生年月≦一百四十四個月

服務間隔：當次就醫年月-前次就醫年月≧三個月

二、服務對象資格查核：

特約醫事服務機構應於提供兒童牙齒塗氟保健服務前，檢視健保卡及登入健保署指定系統確認該次補助尚未施作始得提供服務。外展至醫事機構外（如幼兒園）者之服務，亦同。

三、特約醫事服務機構辦理兒童牙齒塗氟保健服務者，應依下列規定辦理：

(一) 應於特約醫事服務機構內執行。如申請辦理兒童牙齒塗氟保健社區巡迴服務(不得跨縣(市)服務。但原住民族、離島及偏遠地區，並持有牙醫師公會全國聯合會同意文件者，不在此限)，應先報備地方政府衛生局後辦理。

(二) 執行兒童牙齒塗氟保健服務時，應告知其家長或主要照顧者，並於病歷上記載使用氟化物之種類，且氟濃度至少應為 22,600ppm 以上；如辦理兒童牙齒塗氟保健社區巡迴服務，應由家長或主要照顧者簽具同意書後提供，服務時需使用氟漆（fluoride varnish），並依醫療法第六十七條規定登載服務資料於病歷。未依規定辦理者，本部不予核付費用。

(三) 辦理「兒童牙齒塗氟保健服務」社區巡迴服務，應配合健保卡相關作業及備讀卡機，依規定登錄提供保健服務資料(「12-1.保健服務項目」欄位註記為「05 兒童牙齒預防保健」、「12-4.檢查項目代碼」欄位註記為醫令之代碼)。如巡迴學校無法連線，得併入特約醫事服務機構申報。

(四) 提供兒童牙齒塗氟保健服務，應於服務後將當次之預防保健紀錄登錄於健保卡，並於登錄後二十四小時內上傳就醫紀錄至健保署指定系統。

四、「兒童牙齒塗氟保健服務」社區巡迴服務方式:

(一) 於地方政府衛生局支援報備。

(二) 填幼兒園/學校同意書(非必要文件，院所可視需要選用)，詳附錄 1-1。

(三) 填家長同意書(含氟化物基本常識，兒童口腔保健方式，家長同意與否，塗氟當日帶健保卡)，詳附錄 1-2。

(四) 兒童牙齒塗氟保健社區巡迴服務

1.衛教指導(內容為氟化物基本知識及兒童口腔保健)。

2.健保卡過卡作業(適用對象：①零歲至進入國小當年度之八月三十一日止，半年內無塗過、②未滿十二歲之低收入戶兒童、身心障礙兒童、原住民族地區、偏遠及離島地區兒童，三個月內未塗過)。

3.一般口檢含塗氟後說明。

4.塗氟過程需遵從感染控制相關規範。

5.塗氟漆流程：

(1)病例問診，了解兒童飲食習慣與病史。

(2)氟漆塗氟。

6.填寫家長回覆單共三聯(分別由家長、幼兒園/學校、牙醫師帶回院所留存，抽審時隨病歷送審)，詳附錄 1-3。

7.如有特殊體質(過敏或其他情形)或大量誤食出現噁心、嘔吐及其他不適症狀，

此時可先催吐，再給予鮮奶以減緩「氟」之吸收，並立即送醫觀察處理。

8.為維護醫療品質，牙醫師至幼兒園/學校塗氟，每診次每位醫師最高以三十人次為限。

9.兒童牙齒塗氟保健服務原住民族地區、偏遠及離島地區，詳附錄 1-4。

第五點附件 2 窩溝封填保健服務

<table>
<tr><th>醫令代碼</th><th>就醫序號</th><th>施作牙位</th><th>補助對象</th><th>補助金額(新臺幣)</th><th>服務項目</th></tr>
<tr><td>8A</td><td>IC8A</td><td>16</td><td rowspan="4">1. 國小學童(施作年齡條件：七十二個月≦就醫年月－出生年月≦一百四十四個月)
2. 不含山地原住民族地區、離島地區及身心障礙國小學童</td><td rowspan="4">每顆補助400元</td><td rowspan="8">1. 恆牙第一大臼齒窩溝封填
2. 一般口腔檢查、衛教指導</td></tr>
<tr><td>8B</td><td>IC8B</td><td>26</td></tr>
<tr><td>8C</td><td>IC8C</td><td>36</td></tr>
<tr><td>8D</td><td>IC8D</td><td>46</td></tr>
<tr><td>8E</td><td>IC8E</td><td>16</td><td rowspan="4">1.山地原住民族地區及離島地區之國小學童(施作年齡條件：七十二個月≦就醫年月－出生年月≦一百四十四個月)
補助條件：依兒童戶籍資料之所在地或學校所在地認定
2.身心障礙之國小學童(施作年齡條件：七十二個月≦就醫年月－出生年月≦一百四十四個月)
補助條件：持有社政主管機關核發之身心障礙手冊或身心障礙證明</td><td rowspan="4">每顆補助470元</td></tr>
<tr><td>8F</td><td>IC8F</td><td>26</td></tr>
<tr><td>8G</td><td>IC8G</td><td>36</td></tr>
<tr><td>8H</td><td>IC8H</td><td>46</td></tr>
<tr><td>8I</td><td>IC8I</td><td>16</td><td rowspan="4">第一次評估檢查(施作年齡條件：七十二個月≦就醫年月－出生年月≦一百四十四個月)
（同一牙位窩溝封填施作間隔六個月以上）</td><td rowspan="4">每顆補助100元</td><td rowspan="8">1. 恆牙第一大臼齒窩溝封填評估或脫落補施作
2. 一般口腔檢查、口腔保健衛教指導</td></tr>
<tr><td>8J</td><td>IC8J</td><td>26</td></tr>
<tr><td>8K</td><td>IC8K</td><td>36</td></tr>
<tr><td>8L</td><td>IC8L</td><td>46</td></tr>
<tr><td>8M</td><td>IC8M</td><td>16</td><td rowspan="4">第二次評估檢查(施作年齡條件：七十二個月≦就醫年月－出生年月≦一百四十四個月)
（同一牙位窩溝封填施作間隔十二個月以上，且與第一次評估檢查間隔六個月以上）</td><td rowspan="4">每顆補助100元</td></tr>
<tr><td>8N</td><td>IC8N</td><td>26</td></tr>
<tr><td>8O</td><td>IC8O</td><td>36</td></tr>
<tr><td>8P</td><td>IC8P</td><td>46</td></tr>
</table>

備註：

一、本項補助服務費用，由本部國民健康署菸害防制及衛生保健基金支應。各次補助金額，包含恆牙第一大臼齒窩溝封填、封填後六個月第一次評估檢查、封填後十二個月第二次評估檢查，不得向學童額外收服務之差

額。本項服務只需攜帶健保卡，不需護齒護照。

二、有關年齡條件及服務間隔條件之定義如下：

(一) 施作年齡條件：七十二個月≦就醫年月－出生年月≦一百四十四個月。

(二) 服務間隔：

1. 第一次評估檢查：當次評估檢查就醫年月-前次就醫年月≧六個月，每人同一牙位限申報一次。
2. 第二次評估檢查：當次評估檢查就醫年月-前次就醫年月≧十二個月，每人同一牙位限申報一次。
3. 第一次評估檢查與第二次評估檢查間隔：當次就醫年月-前次就醫年月≧六個月，每人同一牙位限申報一次。

三、服務對象資格查核：

特約醫事服務機構應於提供恆牙第一大臼齒窩溝封填或評估檢查前，檢視健保卡及登入健保署指定系統確認該次補助尚未被施作始得提供服務。外展至醫事機構外（如學校）者之服務，亦同。

四、山地原住民族地區及離島地區詳附錄 1-4。

五、辦理「國小學童臼齒窩溝封填補助服務方案」學校巡迴服務，應配合健保卡相關作業及備讀卡機，依規定登錄提供保健服務資料(「12-1.保健服務項目」欄位註記為「05 兒童牙齒預防保健」、「12-4.檢查項目代碼」欄位註記為醫令之代碼)。如巡迴學校無法連線，得併入特約醫事服務機構申報。

六、服務方式：

(一) 學校巡迴服務：特約醫事服務機構到學校，辦理學校巡迴服務。

1. 特約醫事服務機構申請辦理學校巡迴服務、或國民小學校園牙醫師提供校內學童服務，應依相關規定向地方政府衛生局報備後辦理（建議結合「全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」之牙醫師巡迴醫療服務辦理）。
2. 由學童持學校發給之「國小學童臼齒窩溝封填補助服務方案」之【學校巡迴服務】家長通知書（附錄 2-1）、同意書（附錄 2-2）及健保卡，由家長或主要照顧者簽具同意書後，到學校接受服務。
3. 辦理本項服務後，由學校人員及施作牙醫師共同填寫「國小學童臼齒窩溝封填補助服務方案」施作紀錄單（附錄 2-3），並由學校及施作醫師，各留存一份。
4. 辦理口腔保健衛教指導。

5. 如當日學童因故或缺席無法施作臼齒窩溝封填服務，由家長帶學童至特約醫事服務機構施作。

(二) 由家長帶學童至特約醫事服務機構施作：

1. 家長帶學童持健保卡至特約醫事服務機構施作。
2. 完成本項服務後，得請牙醫師填寫「國小學童臼齒窩溝封填補助服務方案」施作紀錄單，並預約下次施作或追蹤時間，分由學童家長留存一份，由施作醫師留存病歷一份。

第五點附件3 口腔黏膜檢查服務

醫令代碼	就醫序號	服務對象及時程	服務項目	補助金額（新臺幣）
95	IC95	三十歲以上有嚼檳榔（含已戒）或吸菸習慣者，每二年一次	口腔黏膜檢查	250 元
97	IC97	十八歲以上至未滿三十歲有嚼檳榔（含已戒）習慣之原住民，每二年一次	口腔黏膜檢查	250元

備註：

一、有關身分、年齡條件及篩檢間隔條件之檢核條件如下：

(一) 三十歲以上服務對象身分需為嚼檳榔（含已戒）或吸菸民眾，十八歲以上至未滿三十歲服務對象身分需為嚼檳榔（含已戒）原住民。

(二) 篩檢間隔以「年份」檢核，條件為「當次就醫年－前次就醫年≧2」。

(三) 補助年齡以「年份」檢核，其資格條件為。

1. 代碼95之年齡條件定義為「就醫年－出生年≧30」。
2. 代碼97之年齡條件定義為「18≦就醫年－出生年≦29」，受檢原住民須出示戶口名簿（如服務對象無法提出證明，應請其填具聲明書），提供特約醫事服務機構驗證；特約醫事服務機構驗證後須於病歷上登載「原住民」身分別備查。

二、執行口腔黏膜檢查服務之特約醫事服務機構資格：

(一) 申請辦理口腔黏膜檢查服務者，應為全民健康保險特約醫院、診所。

(二) 辦理口腔黏膜檢查服務之特約醫院、診所，須具下列檢查設備：

1. 應讓服務對象平躺或提供支撐讓其頭部可維持向後仰姿勢之設備。
2. 口鏡或壓舌板。
3. 充足光源（LED 頭燈或站立式光源）。

三、服務對象資格查核：

(一) 特約醫事服務機構執行口腔黏膜檢查服務前，應與服務對象充分溝通並善盡查核之責，提供服務前應查核健保卡註記或本部「口腔癌篩檢 VPN 系統」確認符合補助資格，始得提供服務。

(二) 特約醫事服務機構須要求十八歲以上至未滿三十歲接受口腔黏膜檢查服務之原住民檢具戶口名簿（如服務對象無法提出證明，應請其填具聲明書，如附錄3-2），並於病歷上登載「原住民」身分別備查。

四、表單填寫與保存：

經服務對象簽名同意辦理口腔黏膜檢查服務者，應將附錄3-1「口腔黏膜檢查服務檢查紀錄結果表單」基本資料、菸檳習慣、口腔黏膜檢查情形等相

關欄位詳實記載；如發現疑似異常個案應執行追蹤管理，並填寫 B.個案複檢（確診）結果。上述表單記載內容皆應登錄上傳至本部「口腔癌篩檢VPN系統」。

五、其他應配合事項：

(一) 依本注意事項第六點專案許可之西醫師，如執業異動至非專案許可地區時，應由原申請專案許可之衛生局於異動當日起14個日曆天內向本部報備。

(二) 特約醫事服務機構申請口腔黏膜檢查社區巡迴服務，應先報經當地衛生局同意。

(三) 口腔癌「確認診斷」或口腔癌「確認診斷及治療」之特約醫事服務機構如無符合規定之專科醫師或合作單位者，取消其資格。

(四) 醫事人員於執業機構外提供預防保健服務，除本注意事項規定者外，應依其他醫事相關法令規定及預防保健服務之口腔黏膜檢查品質管理原則辦理。

第五點附件4 口腔黏膜檢查疑似異常個案追蹤及確診服務

一、目的

為提高本部預防保健服務之口腔黏膜檢查結果為疑似異常個案，進一步完成診斷與治療，透過本服務之追蹤管理及提升醫療院所診斷品質，建立以篩檢異常個案為中心之主動追陽管理模式，期能提升口腔癌篩檢效益、早期治療及增進治療效率，降低罹癌風險與減少晚期癌症發生。

二、參與醫療院所資格

(一)可辦理本部預防保健口腔黏膜檢查服務之特約醫事服務機構。

(二)可辦理本部預防保健口腔黏膜檢查結果為疑似異常個案確認診斷之特約醫事服務機構。

三、服務對象

三十歲以上嚼檳榔（含已戒）或吸菸者、十八歲以上嚼檳榔（含已戒）之原住民，經口腔黏膜檢查（二年一次）結果為下列情形之一者：

(一)高癌化異常者：包括疑似口腔癌、口腔內外不明原因之持續性腫塊、紅斑、紅白斑、疣狀增生、非均質性白斑、均質性厚白斑。

(二)其他異常者：包括均質性薄白斑、口腔黏膜下纖維化症（張口不易或舌頭活動困難）、約兩星期仍不癒之口腔潰瘍/糜爛、扁平苔癬、口腔黏膜不正常，但診斷未明、其他。

四、服務內容

(一) 追蹤管理：由原篩檢特約醫事服務機構執行。

1. 對個案進行健康指導、疾病管理進程說明、口腔切片之準備與注意事項。
2. 與個案溝通就醫意向，並提供不同轉診或轉介方式：

(1) 透過同院所同科別或跨科別轉診服務。

(2) 透過健保電子轉診平台提供跨院轉診服務：轉診目的請選「A.轉介其他試辦計畫或方案-03-癌症治療品質改善計畫-口腔癌」。

(3) 透過本部「口腔癌篩檢VPN系統」：請填寫初篩疑似異常個案轉介單「建議轉介醫院」及「轉介日期」。

3. 追蹤並填報個案複檢（確診）結果：依據「確診醫院」或「確診及治療醫院」通知之臨床診斷（複檢）結果或病理診斷（確診）結果，填寫附錄3-1「口腔黏膜檢查服務檢查紀錄結果表單－B.個案複檢（確診）結果」，並上傳至「口腔癌篩檢VPN系統」。

(二)診斷品質管理：由口腔司審查通過之「確診醫院」或「確診及治療醫院」執行。

1. 為提高個案就醫可近性，請設置就醫綠色通道。

2. 自接受轉診或轉介個案後之各項醫事服務聯繫與安排，包含協助門診安排及評估指導、疾病管理進程說明、個案知悉同意、切片確診注意事項及切片手術（含術後護理衛教及照護）。
3. 診斷並填報複檢（確診）結果：依據診斷結果，填寫附錄4「口腔黏膜檢查服務檢查紀錄結果表單－口腔黏膜病變個案複檢（確診）結果」，並上傳至「口腔癌篩檢追蹤系統」。
4. 通知原篩檢特約醫事服務機構臨床診斷（複檢）結果或病理診斷（確診）結果。

(三)執行期限：

1. 口腔黏膜檢查結果為疑似異常個案者，自篩檢日起三十個日曆天（含）內，由原篩檢特約醫事服務機構完成個案轉診或轉介，以「健保電子轉診平台-開單日期」或「口腔癌篩檢 VPN 系統-轉介日期」為認定標準；開單日期或轉介日期不得逾附錄4「口腔黏膜檢查服務檢查紀錄結果表單－口腔黏膜病變個案複檢（確診）結果」複檢（確診）日期。
2. 「確診醫院」或「確診及治療醫院」自篩檢日起六十個日曆天（含）內，完成切片確診。
3. 自切片確診隔日起二十一個日曆天（含）內，「確診醫院」或「確診及治療醫院」完成上傳病理診斷結果報告至「口腔癌篩檢追蹤系統」。
4. 自切片確診隔日起二十一個日曆天（含）內，通知原篩檢特約醫事服務機構個案確診結果；如篩檢與確診為同一特約醫事服務機構，應於期限內通知原篩檢單位。

五、申報項目及申報標準

編號	申報項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	核付費用（新臺幣）
	口腔癌追蹤管理					
P7702C	--高癌化異常者	V	V	V	V	800元
P7703C	--其他異常者	V	V	V	V	400元
	口腔癌診斷品質管理					
P7710B	--切片確診		V	V	V	1,700元

(一)醫事服務機構應對個案提供符合本服務內容後，始得申報本標準項目。

(二)每一個案有「追蹤管理費」或「診斷品質管理費」申報編號者，得分別支付「追蹤管理費」或「診斷品質管理費」。

(三)每一個案同一週期，不得重複申報。

六、費用申報、核付與申復

(一)費用申報

符合本服務執行期限者，得各自申報「追蹤管理費」或「診斷品質管理費」。

1. 特約醫事服務機構門診醫療服務點數之清單段欄位填報：

(1) 案件分類填報「A3」，特定治療項目代號依癌別填報如下：

A.原篩檢特約醫事服務機構申報 P7702C、P7703C ，填報「HP:口腔癌追蹤管理」。

B.「確診醫院」或「確診及治療醫院」申報 P7710B ，填報「HQ:口腔癌診斷品質管理」。

(2) 就醫序號：填報「ICC4」。

(3) 部分負擔代號：填報「009（其他規定免部分負擔者）」。

2. 特約醫事服務機構門診醫療服務點數之醫令段欄位填報：

(1) 原篩檢特約醫事服務機構申報 P7702C、P7703C，醫令類別填報「G」，支付點數填報「0」，「執行時間-起」填報「篩檢日期」、「執行時間-迄」填報「完成本服務內容之執行日期」。

(2) 「確診醫院」或「確診及治療醫院」申報 P7710B，醫令類別填報「G」，支付點數填報「0」，「執行時間-起」填報「複檢（確診）日期」、「執行時間-迄」填報「完成本服務內容之執行日期」。

(二)費用核付：由健保署定期提供特約醫事服務機構申報資料予口腔司，口腔司依實際執行情形（以執行期限內首筆完成切片確診結果上傳者為原則）予以核定，並定期將核定清冊送健保署，由健保署代為撥付本服務費用予特約醫事服務機構。

(三)費用申復：特約醫事服務機構參照「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法」規定辦理申復，由健保署轉由口腔司複查並回復，以1次為限。

【附錄 1-1】

兒童牙齒塗氟保健社區巡迴服務幼兒園/學校同意書（選用）

_____（幼兒園/學校全銜）

同意_____牙醫院所_____醫師於_____（執行年月日）至本幼兒園/學校執行「兒童牙齒塗氟保健社區巡迴服務」。

幼兒園/學校用印　　負責人用印

中　華　民　國　　年　　月　　日

【附錄 1-2】

兒童牙齒塗氟保健社區巡迴服務防齲計畫【家長同意書】

親愛的家長，您好：

齲齒(蛀牙)為兒童常見的主要健康問題，兒童的口腔健康狀況不僅會影響咀嚼、發音及美觀，甚至影響未來恆牙之生長、發育，以及兒童日後人格與心理之發展。為此，衛生福利部實施「兒童牙齒塗氟保健社區巡迴服務防齲計畫」，希望能讓兒童獲得早期預防以降低齲齒率。

「氟」就像是牙齒之維他命，正常適量使用下，不會對人體有任何傷害。

本活動參加的適用對象為①0 歲至進入國小當年度之 8 月 31 日（半年內無塗氟過）、②未滿 12 歲之低收入戶兒童、身心障礙兒童、設籍原住民族地區、偏遠及離島地區兒童（3 個月內未塗氟過），經家長同意後實施塗氟，在潔牙後由牙醫師將氟均勻塗於學童每一牙面上，塗完後 30 分鐘內，不可以吃東西，以使氟黏附於牙面上，才能發揮防齲作用。

本計畫進行對於兒童口腔之保健非常重要，需要幼兒園/學校與家長們共同來努力，有意願參加者(採自願報名不強迫參加)，需帶健保卡，不需繳交任何費用，我們期望您能讓貴子弟參與這項有意義之口腔保健計畫，除了適當使用氟化物來預防齲齒外，也請家長避免以糖果作為獎勵增強物，並應養成飯後、睡前以1,000ppm含氟牙膏刷牙之良好口腔衛生習慣、減少甜食的攝取，並定時接受牙醫師診治，才是正確預防保健之道。

園長(園主任)/校長　　敬上 中華民國　　年　　月　　日

請您填寫下列回條，並於民國___年___月___日前交還給老師，謝謝您的合作！

……

◎ 學校名稱：_____　　◎ 班級：_____班

◎ 學生姓名：_____　　◎ 性別：□男 □女

◎ 出生年月日：民國_____年_____月_____日

◎ 請勾選：

一、□ **我同意我的小孩參與「兒童牙齒塗氟保健社區巡迴服務防齲計畫」**，
於民國____年____月____日帶健保卡到幼兒園

二、□ **我不同意我的小孩參與「兒童牙齒塗氟保健社區巡迴服務防齲計畫」**。

1. □ 由家長自行前往牙醫門診塗氟。
2. □ 我的小孩已於民國____年____月____日接受過塗氟服務，預計於____個月後(民國____年____月____日)，將自行前往牙醫門診塗氟。
3. □其他原因：_____。

＊我了解當日若我的小孩經醫師口腔檢查後判定不宜塗氟，或健保卡經刷卡後發現已於半年/3個月內執行過塗氟或超過適用年齡，則無法提供本項服務。(0 歲至進入國小當年度之 8 月 31 日，**須半年內未塗氟過；未滿 12 歲之低收入戶兒童、身心障礙兒童、設籍原住民族地區、偏遠及離島地區兒童，須 3 個月內未塗氟過**)

家長簽章：_____ 中華民國　　年　　月　　日

塗氟漆流程：(1)病例問診，了解小朋友飲食習慣與病史。(2)牙醫師進行口腔檢查，檢視齲齒狀況，並對家長進行幼兒的飲食習慣指導。(3)對家長進行口腔衛教，教導家長如何正確幫小朋友潔牙。(4)氟漆塗氟與術後指導。

預防齲齒之方法

包括適量使用氟化物、定期口腔檢查、正確潔牙(餐後潔牙、6 歲以下兒童睡前應由父母協助完成刷牙)、良好飲食習慣(不要吃黏甜易齲齒之零食、用餐時間不宜過久)。

牙齒之維他命~氟化物

氟化物可使牙齒表面更堅固降低齲齒之發生。例如：含氟食鹽、含氟牙膏、含氟漱口水及局部塗氟，都可在琺瑯質上形成防護膜，達到有效預防齲齒。

定期口腔檢查

成人通常是每半年檢查 1 次，嬰兒 1 歲前即應帶給牙醫師檢查，乳牙大約 6 個月至 1 歲期間開始萌出。家長應每 3~6 個月帶幼兒至牙科接受定期口腔檢查。如果有齒質不佳或排列不整齊時，應該 3 個月看診 1 次。除了因為早期治療花費時間短，效果好，可減少因拖延引起之疼痛，還可以獲得預防性口腔保健服務，例如：教導預防奶瓶性齲齒，教導正確刷牙方法、阻斷吸吮奶嘴或咬指甲之不良口腔習慣、局部塗氟、臼齒窩溝封劑服務及相關項目。

良好之飲食習慣

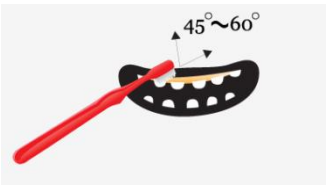
進食後牙齒表面殘留之食物殘渣，使得口中細菌繁殖，在牙齒表面形成牙菌斑，若不仔細清除它，牙齒琺瑯質便會受到侵蝕造成齲齒。

除了含糖食物之外，精緻黏稠之食物亦容易造成齲齒，因為這些食物容易黏在牙齒上、不易清潔，富含纖維之食物有益於牙齒健康，如蘋果、蔬菜之蔬果就是對牙齒健康有助益之食物。

正確之潔牙

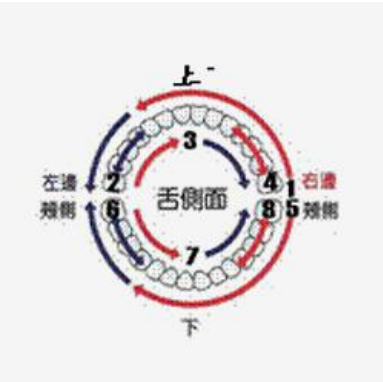
我們吃完東西後，很多食物殘渣留在口中，提供細菌生長最好之養分，所以餐後是很好之潔牙時機。睡覺時口水分泌減少、吞嚥動作減少，口腔內之細菌生長較快，所以睡前把口腔清潔乾淨可以減少牙菌斑的滋長而減少齲齒。

幼兒牙齒長出來後，應每日至少 2 次由父母負責潔牙（睡前一定要刷，建議使用 1,000ppm 含氟牙膏）。為減少齲齒，應避免糖分高、黏性強的甜食，及含著奶瓶睡覺之習慣。2 歲到 3 歲之孩童就可以開始教他們獨立刷牙，但是學齡前之孩童是沒有辦法徹底刷乾淨自己之牙齒，因此父母一定要再幫他們刷 1 次。



正確之刷牙方法

沾上適量 1,000ppm 含氟牙膏可預防齲齒，刷毛與牙齒成 45 度至 60 度角，並輕輕地壓向牙齒，使刷毛側面也能夠接觸到牙齒。



*刷牙順序 (1)右邊開始右邊結束 (2)外面刷完刷裡面 (3)上面刷完刷下面

年紀較小之幼兒：家長可坐在沙發或床上，幼兒把頭枕於大人腿上。

年紀較大之幼兒： 大人坐在幼兒身後，將幼兒之背靠於大人身上(大腿或小腹)，讓幼兒之頭輕微向後仰，大人就可以看到幼兒口腔每個區域。無論何種姿勢，大人皆需一手托住幼兒下巴，再以另一手幫幼兒刷牙。 將幼兒頭部偏 45 度角，以防口水哽在喉頭。



【附錄 1-3】

兒童牙齒塗氟保健社區巡迴服務回覆單

牙醫師已於民國____年____月____日，在　　（園所/學校）為貴子弟　　完成塗氟防齲處理

氟漆塗完後注意事項：

1. 牙齒表面會有薄薄一層氟漆黏附。
2. 半小時勿飲食及喝水，如有口水可先吐出。
3. 當天不要刷牙與進食粗糙食物。

貴子弟經牙醫師目視檢查判定

□無齲齒或已完成治療，請定期 3 至 6 個月至牙醫院所檢查以確保口腔健康。
□有治療需求(例如齲齒)，請家長帶孩子前往牙醫院所作進一步診治。
□有緊急治療需求(例如膿、腫或牙髓腔外露)，請家長儘速帶孩子前往牙醫院所作進一步診治。

牙醫師_____

第一聯：由學生家長留存

兒童牙齒塗氟保健社區巡迴服務回覆單

牙醫師已於民國____年____月____日，在　　（園所/學校）為貴子弟　　完成塗氟防齲處理

氟漆塗完後注意事項：

1. 牙齒表面會有薄薄一層氟漆黏附。
2. 半小時勿飲食及喝水，如有口水可先吐出。
3. 當天不要刷牙與進食粗糙食物。

貴子弟經牙醫師目視檢查判定

□無齲齒或已完成治療，請定期 3 至 6 個月至牙醫院所檢查以確保口腔健康。
□有治療需求(例如齲齒)，請家長帶孩子前往牙醫院所作進一步診治。
□有緊急治療需求(例如膿、腫或牙髓腔外露)，請家長儘速帶孩子前往牙醫院所作進一步診治。

牙醫師_____

第二聯：由幼兒園/學校留存

兒童牙齒塗氟保健社區巡迴服務回覆單

牙醫師已於民國____年____月____日，在　　（園所/學校）為貴子弟　　完成塗氟防齲處理、一般性口腔檢查、衛教指導。氟漆種類如下：

□1. Duraphat Dental Suspension--- 5% Sodium Fluoride(2.26 % Fluoride) Colgate
□2. "Ultradent" Enamelast Fluoride Varnish
□3. Profluorid Varnish---------- 5% Sodium Fluoride(2.26 % Fluoride) Voco
□4. Clinpro Sodium Fluoride White Varnish(5 % Solium Fluoride)3M ESPE
□5. "GERMIPHENE" Flolli Dental Varnish
□6. "Centrix" Fluorodose 5% Sodium Fluoride Varnish
□7. 其他_____

氟漆塗完後注意事項：

1. 牙齒表面會有薄薄一層氟漆黏附。
2. 半小時勿飲食及喝水，如有口水可先吐出。
3. 當天不要刷牙與進食粗糙食物。

貴子弟經牙醫師目視檢查判定

□無齲齒或已完成治療，請定期 3 至 6 個月至牙醫院所檢查以確保口腔健康。
□有治療需求(例如齲齒)，請家長帶孩子前往牙醫院所作進一步診治。
□有緊急治療需求(例如膿、腫或牙髓腔外露)，請家長儘速帶孩子前往牙醫院所作進一步診治。

牙醫師_____

第三聯：由醫師帶回診所留存(抽審時隨病歷送審)

【附錄 1-4】

兒童牙齒塗氟或窩溝封填保健服務原住民族地區及離島等偏遠地區一覽表

縣別	原住民族地區		離島地區	偏遠地區
	平地原住民族地區	山地原住民族地區		
新北市		烏來區		石碇區、坪林區、平溪區、雙溪區、**貢寮區**
桃園市		復興區		
新竹縣	關西鎮	五峰鄉、尖石鄉		**峨眉鄉**
苗栗縣	南庄鄉、獅潭鄉	泰安鄉		**三灣鄉**
臺中市		和平區		
南投縣	魚池鄉	仁愛鄉、信義鄉		中寮鄉、**國姓鄉、鹿谷鄉**
嘉義縣		阿里山鄉		番路鄉、大埔鄉
臺南市				楠西區、南化區、左鎮區、龍崎區
高雄市		那瑪夏區、桃源區、茂林區		田寮區、六龜區、甲仙區、**杉林區**
屏東縣	滿州鄉	三地門鄉、霧臺鄉、瑪家鄉、泰武鄉、來義鄉、春日鄉、獅子鄉、牡丹鄉	琉球鄉	
宜蘭縣		大同鄉、南澳鄉		
花蓮縣	花蓮市、光復鄉、瑞穗鄉、豐濱鄉、吉安鄉、壽豐鄉、鳳林鎮、玉里鎮、新城鄉、富里鄉	秀林鄉、萬榮鄉、卓溪鄉		
臺東縣	大武鄉、臺東市、成功鎮、關山鎮、太麻里鄉、卑南鄉、東河鄉、長濱鄉、鹿野鄉、池上鄉	海端鄉、延平鄉、金峰鄉、達仁鄉、蘭嶼鄉	綠島鄉	
澎湖縣			馬公市、湖西鄉、白沙鄉、西嶼鄉、望安鄉、七美鄉	
金門縣			金城鎮、金寧鄉、金沙鎮、烈嶼鄉、金湖鎮、烏坵鄉	
連江縣			南竿鄉、北竿鄉、莒光鄉、東引鄉	

◎此表偏遠地區參照本部長照偏遠地區以內政部一百零九年十二月統計資料，人口密度低於每平方公里一百三十人之鄉鎮市區為標準。◎ 原住民族地區為原住民族委員會界定之標準。

◎窩溝封填對象僅限山地原住民族地區及離島地區兒童。

【附錄 2-1】

衛生福利部
國小學童臼齒窩溝封填補助服務方案【醫事機構】
家長通知書

親愛的家長，您好!

齲齒(蛀牙)為兒童常見的主要健康問題，兒童的口腔健康狀況不僅會影響咀嚼、發音及美觀，甚至影響未來恆牙的生長、發育。學童恆牙第一大臼齒的咬合面非常容易發生齲齒，佔所有齲齒近 50%。研究顯示，窩溝封填為預防牙齒咬合面齲齒的有效方法。

衛生福利部為照顧兒童口腔健康，補助年滿 6 歲至 12 歲 (72 個月≦就醫年月-出生年月≦144 個月)兒童恆牙第一大臼齒窩溝封填服務。

凡年齡符合補助資格兒童，可至牙科醫療院所由專業牙醫師提供恆牙第一大臼齒免費窩溝封填防齲服務（恆牙第一大臼齒須完全萌出才可施作，最多施作四顆）。另，在恆牙第一大臼齒封填後 6 個月及 12 個月時，要回牙科醫療院所，由牙醫師進行評估檢查（請先與牙科醫療院所約診；接受服務當日，請記得攜帶健保卡）。

窩溝封填是常規的牙科治療與預防齲齒的方法，但有少數接受窩溝封填施作者可能於施作過程中，或於接受施作窩溝封填之後，有短暫之咬合異物感；或是部分已經齲齒的牙齒，不適合施作窩溝封填。若有上述情形，均會由牙醫師依其專業立即做適當的建議及處置。

中華民國＿＿＿＿年＿＿＿＿月＿＿＿＿日

【附錄 2-2】

衛生福利部

國小學童臼齒窩溝封填補助服務方案【學校巡迴服務】

家長通知書

親愛的家長，您好：

齲齒(蛀牙)為兒童常見的主要健康問題，兒童的口腔健康狀況不僅會影響咀嚼、發音及美觀，甚至影響未來恆牙的生長、發育。兒童恆牙第一大臼齒的咬合面非常容易發生齲齒，佔所有齲齒近 50%。研究顯示，窩溝封填為預防牙齒咬合面齲齒的有效方法。

衛生福利部為照顧兒童口腔健康，補助年滿 6 歲至 12 歲 (72 個月≦就醫年月-出生年月≦144 個月)兒童恆牙第一大臼齒窩溝封填服務。

凡年齡符合補助資格兒童，於家長或照顧者同意其參加學校統一規劃窩溝封填巡迴服務後，將由專業牙醫師提供恆牙第一大臼齒免費窩溝封填防齲服務（恆牙第一大臼齒須完全萌出才可施作，最多施作四顆）。另，在恆牙第一大臼齒封填後 6 個月及 12 個月時，要回牙科醫療院所，由牙醫師進行評估檢查。

窩溝封填是常規的牙科治療與預防齲齒的方法，但有少數接受窩溝封填施作者可能於施作過程中，或於接受施作窩溝封填之後，有短暫之咬合異物感；或是部分已經齲齒的牙齒，不適合施作窩溝封填。若有上述情形，均會由牙醫師依其專業立即做適當的建議及處置。

~~~~~~

國小學童臼齒窩溝封填補助服務方案【學校巡迴服務】同意書

學校：_____國小　班級：____年_____班 _____號

學生:

☐ **同意參加（接受服務當日，請記得攜帶健保卡）**

☐ **不同意參加**

家長簽名:_____

中華民國____年____月____日
~~~~~~

【附錄 2-3】

國小學童臼齒窩溝封填補助服務方案施作紀錄單

_____國小　姓名：_____　性別：□男 □女　出生：民國____年____月____日

□ 國小學童

□ 身心障礙國小學童

□ 山地原住民鄉及離島地區國小學童

施作日期	恆牙第一大臼齒窩溝封填之牙位施作情況	建議事項
民國__年__月__日	16（IC ）：狀況代碼 / 處置代碼　26（IC ）：狀況代碼 / 處置代碼 46（IC ）：狀況代碼 / 處置代碼　36（IC ）：狀況代碼 / 處置代碼	院所： 醫師： □預約下次回診時間：民國__年__月__日 □已提供下列衛教指導 □其他建議：
民國__年__月__日	16（IC ）：狀況代碼 / 處置/評估代碼　26（IC ）：狀況代碼 / 處置/評估代碼 46（IC ）：狀況代碼 / 處置/評估代碼　36（IC ）：狀況代碼 / 處置/評估代碼	院所： 醫師： □預約下次回診時間：民國__年__月__日 □已提供下列衛教指導 □其他建議：
民國__年__月__日	16（IC ）：狀況代碼 / 處置/評估代碼　26（IC ）：狀況代碼 / 處置/評估代碼 46（IC ）：狀況代碼 / 處置/評估代碼　36（IC ）：狀況代碼 / 處置/評估代碼	院所： 醫師： □預約下次回診時間：民國__年__月__日 □已提供下列衛教指導 □其他建議：
民國__年__月__日	16（IC ）：狀況代碼 / 處置/評估代碼　26（IC ）：狀況代碼 / 處置/評估代碼 46（IC ）：狀況代碼 / 處置/評估代碼　36（IC ）：狀況代碼 / 處置/評估代碼	院所： 醫師： □預約下次回診時間：民國__年__月__日 □已提供下列衛教指導 □其他建議：

填寫之代碼說明(1)牙齒狀況代碼

- 尚未萌出　0
- 1 咬合面未露出，完好
- 部分萌出
  - **2 咬合面已露出，完好**
  - 3 已蛀蝕(decayed)
  - 4 已填補(filled)
  - **5 完好**
- 完全萌出
  - 6 已蛀蝕(decayed)
  - 7 已填補(filled)
- 缺牙或已拔除　X (missing)

(2)處置代碼

S：已施作
N：未施作

(3)評估代碼

a.完整留存
b.部分脫落，無蛀蝕補施作
c.脫落，無蛀蝕補施作
d.脫落，已蛀蝕轉介治療

(4)施作窩溝封劑之適應症

1.可施作對象：恆牙第一大臼齒，其「牙齒狀況代碼」為「**2**」或「**5**」者。如狀況代碼為「**3**」或「**6**」，需經牙醫師專業判斷後方可施作。
2.封填後 6、12 個月進行評估，若有脫落可至診院所填補。

(5)口腔保健衛教指導

□ 睡前一定要刷牙；一天使用 1,000ppm 含氟牙膏至少刷牙兩次
□ 使用牙線潔牙，每天至少一次
□ 少甜食，多漱口，攝取均衡的營養，天天五蔬果
□ 配合學校每週使用一次含氟漱口水
□ 每 3 至 6 個月看一次牙醫；未滿 12 歲弱勢兒童，每 3 個月一次塗氟
□ 照護者教導、督導學童的刷牙動作

【附錄 3-1】

衛生福利部口腔黏膜檢查服務檢查紀錄結果表單

（115年11月修訂）

第一聯：存檢查醫療機構

篩檢補助對象：30歲以上有嚼檳榔（含已戒）或吸菸習慣之民眾、18歲以上未滿30歲有嚼檳榔（含已戒）習慣之原住民，每2年1次。

支付方式：□❶預防保健；□❸健保醫療給付；□❹其他公務預算補助；□❺自費健康檢查；□❾其他。

篩檢地點：□❶社區或職場設站篩檢；□❷醫療院所。

檢查醫師科別：□❶牙科；□❷耳鼻喉頭頸外科；□❸經衛生福利部核可之其他科別專科醫師/專案許可之西醫師。

A:基本資料(受檢者自填)　原住民:□是 □否

姓名：＿＿＿＿＿＿＿＿　性別：□男 □女

出生日期：民國＿＿年＿＿月＿＿日

身分證統一編號

統一證號(外籍): ——————————

聯絡電話：(　) ＿＿＿＿＿＿

手機：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

現居住地址：(鄉鎮市區代碼：————)

縣　鄉鎮　村　路

市　市區　里　(街)

段　巷　弄　號　樓

教育：□❶無；□❷小學；□❸國(初)中；□❹高中(職)；□❺專科、大學；□❻研究所以上；□❼拒答

菸檳習慣

1.嚼檳榔習慣:

□❶無；

□❶已戒；

□❷嚼10年以下，每天少於20顆；

□❸嚼10年以下，每天20顆及以上；

□❹嚼超過10年，每天少於20顆；

□❺嚼超過10年，每天20顆及以上。

2.吸菸習慣：

□❶無；

□❶已戒；

□❷吸10年以下，每天少於20支；

□❸吸10年以下，每天20支及以上；

□❹吸超過10年，每天少於20支；

□❺吸超過10年，每天20支及以上。

有無症狀

自覺口腔黏膜有無異常症狀?如異常顏色斑塊、口腔黏膜疼痛、難癒合之潰瘍及腫塊症狀□❶無；□❶有

*本人同意接受口腔黏膜檢查，相關資料將作為衛生單位政策評估或個案追蹤健康管理使用。

確認以上資料及菸檳習慣資料正確無誤：

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（簽名）

口腔黏膜檢查情形（初檢醫師填寫）

1.檢查醫療院所名稱及代碼：＿＿＿＿＿＿＿＿

門診日期：民國＿＿年＿＿月＿＿日。

2.檢查結果：

□❶未發現以下需轉介之異常；

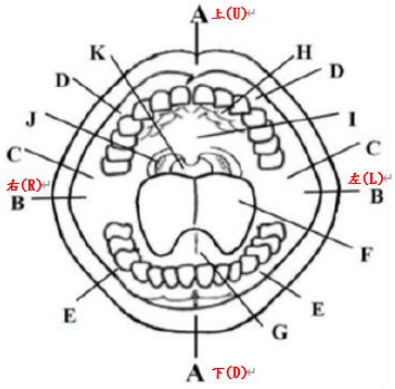
需轉介，轉介原因（單選；或同時出現兩種(含)以上原因，請將轉介**原因代碼標示於口腔黏膜初檢異常部位標示圖**並勾選**編碼較小**者）

□❶疑似口腔癌；□❷口腔內外不明原因之持續性腫塊；□❸紅斑；□❹紅白斑；□❺疣狀增生；□⑪非均質性白斑；□⑫均質性厚白斑；□⑬均質性薄白斑；□⑯口腔黏膜下纖維化症(張口不易或舌頭活動困難)□❽約兩星期仍不癒之口腔潰瘍/糜爛；

□❾扁平苔癬；□❿口腔黏膜不正常，但診斷未明；

□❾❾其他：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿。

口腔黏膜初檢異常部位標示圖



AU/AD:口唇
BR/BL:頰黏膜
CR/CL:臼齒後三角區
DR/DL:上牙齦/齒槽黏膜
ER/EL:下牙齦/齒槽黏膜
FR/FL:舌
GR/GL:口底黏膜
HR/HL:硬腭
IR/ IL:軟腭
JR/JL:扁桃體
KR/KL:口咽後壁黏膜
L:其他
MR/ML:頸部腫塊

檢查醫師簽名或(蓋章)：＿＿＿＿＿＿

醫師執業執照號碼：＿＿＿＿＿＿＿＿

初篩疑似異常個案轉介單(建議轉介確認診斷醫院科別：口腔顎面外科、耳鼻喉頭頸外科、口腔病理科、一般病理科)

1.前項檢查疑似異常個案轉至＿＿＿＿＿醫院接受確診

2.轉介日期：民國＿＿年＿＿月＿＿日

註:預防保健口腔黏膜檢查確認診斷及治療醫院查詢：請至衛生福利部網站/本部各單位及所屬機關/口腔健康司/醫療保健/預防保健/口腔癌確認診斷及治療醫院名單

B:個案複檢(確診)結果（由篩檢單位依據確診單位通知之確診結果後填寫）

1.前項檢查疑似異常個案於檢查後**2個月內**有沒有接受後續複檢(確診)？□❶沒有；□❶有。

2.沒有接受複檢(確診)理由為：□❶無法聯繫；□❷出國；□❸搬家；□❹死亡；□❺拒做；□❻其他＿＿＿

3. 複檢（確診）醫院名稱及代碼：＿＿＿＿＿＿＿＿

複檢（確診）日期：民國＿＿年＿＿月＿＿日

4.病理切片：□❶無；□❶有。

5.診斷結果：

經臨床診斷（複檢）為非口腔癌之其他口腔病變：

□⓪無明顯異常

□⓴疑似口腔癌；

□⓬紅斑；

□⓭紅白斑；

□⓲非均質性白斑；□⓳均質性厚白斑；

□⓾均質性薄白斑；

□⓮疣狀增生；□⓯口腔黏膜下纖維化症；

□⓰扁平苔癬或類扁平苔癬反應；

□⓽其他：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿。

經病理診斷(確診)為：

□㉑口腔癌；

□㉒上皮變異（□㉓輕度□㉔中度□㉕重度）；

□⓽⓽其他：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿。

6. 治療:

□❶無，個案僅需定期追蹤，目前無需治療，已給予衛教介入

□❶有做手術、放療、化療或其他治療，

治療醫院名稱及代碼：＿＿＿＿＿＿＿＿

□❷個案拒絕治療，理由＿＿＿＿＿＿＿＿

衛生福利部口腔黏膜檢查服務檢查紀錄結果表單 （115年11月修訂）

第二聯：存確診及治療醫院

篩檢補助對象：30歲以上有嚼檳榔（含已戒）或吸菸習慣之民眾、18歲以上未滿30歲有嚼檳榔（含已戒）習慣之原住民，每2年1次。

支付方式：□❶預防保健；□❸健保醫療給付；□❹其他公務預算補助；□❺自費健康檢查；□❾其他。

篩檢地點：□❶社區或職場設站篩檢；□❷醫療院所。

檢查醫師科別：□❶牙科；□❷耳鼻喉頭頸外科；□❸經衛生福利部核可之其他科別專科醫師/專案許可之西醫師。

A:基本資料 (受檢者自填) 原住民:□是 □否

姓名：_____ 性別：□男 □女

出生日期：民國____年____月____日

身分證統一編號

統一證號(外籍): ——————————

聯絡電話：(　) _____

手機：_____

現居住地址：(鄉鎮市區代碼：————)

縣 鄉鎮 村 路

市 市區 里 (街)

段 巷 弄 號 樓

教育：□❶無；□❷小學；□❸國(初)中；□❹高中(職)；□❺專科、大學；□❻研究所以上；□❼拒答

菸檳習慣

1.嚼檳榔習慣:

□❶無；

□❶已戒；

□❷嚼10年以下，每天少於20顆；

□❸嚼10年以下，每天20顆及以上；

□❹嚼超過10年，每天少於20顆；

□❺嚼超過10年，每天20顆及以上。

2.吸菸習慣：

□❶無；

□❶已戒；

□❷吸10年以下，每天少於20支；

□❸吸10年以下，每天20支及以上；

□❹吸超過10年，每天少於20支；

□❺吸超過10年，每天20支及以上。

有無症狀

自覺口腔黏膜有無異常症狀?如異常顏色斑塊、口腔黏膜疼痛、難癒合之潰瘍及腫塊症狀□❶無；□❶有

*本人同意接受口腔黏膜檢查，相關資料將作為衛生單位政策評估或個案追蹤健康管理使用。

確認以上資料及菸檳習慣資料正確無誤：

_____（簽名）

口腔黏膜檢查情形（初檢醫師填寫）

1.檢查醫療院所名稱及代碼：_____

門診日期：民國____年____月____日。

2.檢查結果：

□❶未發現以下需轉介之異常；

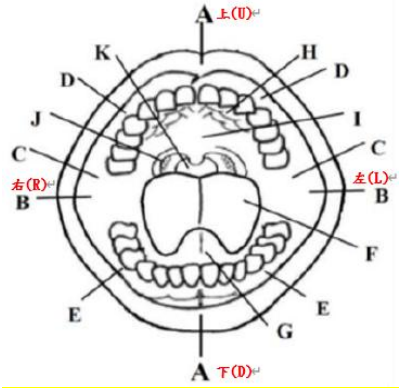
需轉介，轉介原因（單選；或同時出現兩種(含)以上原因，請將轉介**原因代碼標示於口腔黏膜初檢異常部位標示圖**並勾選**編碼較小**者）

□❶疑似口腔癌；□❷口腔內外不明原因之持續性腫塊；□❸紅斑；□❹紅白斑；□❺疣狀增生；□⑪非均質性白斑；□⑫均質性厚白斑；□⑬均質性薄白斑；□⑯口腔黏膜下纖維化症(張口不易或舌頭活動困難)□❽約兩星期仍不癒之口腔潰瘍/糜爛；

□❾扁平苔癬；□❿口腔黏膜不正常，但診斷未明；

□❾❾其他：_____。

口腔黏膜初檢異常部位標示圖



AU/AD:口唇
BR/BL:頰黏膜
CR/CL:臼齒後三角區
DR/DL:上牙齦/齒槽黏膜
ER/EL:下牙齦/齒槽黏膜
FR/FL:舌
GR/GL:口底黏膜
HR/HL:硬腭
IR/ IL:軟腭
JR/JL:扁桃體
KR/KL:口咽後壁黏膜
L:其他
MR/ML:頸部腫塊

檢查醫師簽名或(蓋章)：_____

醫師執業執照號碼：_____

初篩疑似異常個案轉介單(建議轉介確認診斷醫院科別：口腔顎面外科、耳鼻喉頭頸外科、口腔病理科、一般病理科)

1.前項檢查疑似異常個案轉至 _____醫院接受確診

2.轉介日期：民國____年____月____日

註:預防保健口腔黏膜檢查確認診斷及治療醫院查詢：請至衛生福利部網站/本部各單位及所屬機關/口腔健康司/醫療保健/預防保健/口腔癌確認診斷及治療醫院名單

B:個案複檢(確診)結果（由篩檢單位依據確診單位通知之確診結果後填寫）

1.前項檢查疑似異常個案於檢查後**2個月內**有沒有接受後續複檢(確診)？□❶沒有；□❶有。

2.沒有接受複檢(確診)理由為：□❶無法聯繫；□❷出國；□❸搬家；□❹死亡；□❺拒做；□❻其他____

3. 複檢（確診）醫院名稱及代碼：_____

複檢（確診）日期：民國____年____月____日

4.病理切片：□❶無；□❶有。

5.診斷結果：

經臨床診斷（複檢）為非口腔癌之其他口腔病變：

□⓪無明顯異常

□⓴疑似口腔癌；

□⓬紅斑；

□⓭紅白斑；

□⓲非均質性白斑；□⓳均質性厚白斑；

□⓾均質性薄白斑；

□⓮疣狀增生；□⓯口腔黏膜下纖維化症；

□⓰扁平苔癬或類扁平苔癬反應；

□⓽⓽其他：_____。

經病理診斷(確診)為：

□㉑口腔癌；

□㉒上皮變異（□㉓輕度□㉔中度□㉕重度）；

□⓽⓽其他：_____。

6. 治療:

□❶無，個案僅需定期追蹤，目前無需治療，已給予衛教介入

□❶有做手術、放療、化療或其他治療，

治療醫院名稱及代碼：_____

□❷個案拒絕治療，理由_____

【附錄 3-2】

衛生福利部十八歲以上至未滿三十歲具原住民身分且有嚼（戒）檳榔行為之口腔黏膜檢查服務聲明書

立聲明書人　　（以下簡稱本人），

因為　　之原因，故無法出具原住民證明相關文件，茲證明我具原住民身分且有嚼（戒）檳榔行為，

本人聲明全部屬實，如有不實者願負一切法律責任。

立聲明書人

姓名：　　（簽名或蓋章）

身分證統一編號：

通訊地址：

聯絡電話：

中 華 民 國　　年　　月　　日

備註：本資料請醫療院所留存於病歷中。

【附錄 3-3】

衛生福利部口腔黏膜檢查服務檢查紀錄結果表單電子檔申報格式

電子檔輸入格式注意事項：

一、申報檢查結果資料或確診追蹤資料電子檔，其檔案第一筆必須按【表一】格式輸入醫事機構聯絡資料，俾利回復資料檢核結果，第二筆以後資料則按【表二】或【表三】格式輸入個案之檢查結果資料或確診結果。

二、格式欄位 V 為必填、△為非必填或條件限制下必填；

三、英數文字請使用英數半型字元輸入，請勿使用全型數字字元（如：１２３４５６７８９０）。

四、一個中文字算一個 byte。文件請用 ANSI 格式匯出。

表一、醫療機構聯絡資料

序號	欄位名稱	屬性	長度	必填	備註
1	醫事機構代碼	文字	10	V	健保署特約醫事機構代碼
2	聯絡人姓名	文字	10	V	
3	聯絡人電話	文字	20	V	電話區號以括號表示；分機以#表示，如：(02)34567890#123
4	回復報告的電子信箱	文字	50	△	必須填寫正確電子信箱格式，如：test@email.com.tw
第一筆資料總長度			90		

表二、檢查結果資料

序號	欄位名稱	屬性	長度	必填	備 註
1	支付方式	文字	1	V	1：預防保健； 3：健保醫療給付； 4：其他公務預算補助； 5：自費健康檢查 9：其他
2	篩檢地點	文字	1	V	1：社區或職場設站篩檢； 2：醫療院所。
3	檢查醫師科別	文字	1	V	1：牙科； 2：耳鼻喉頭頸外科； 3：經衛生福利部核可之其他科別專科醫師/專案許可之西醫師。
4	醫令代碼	文字	2	V	95：30歲以上有嚼檳榔（含已戒）或吸菸習慣者； 97：18歲以上至未滿30歲有嚼檳榔（含已戒）習慣之原住民。
5	姓名	文字	200	V	以門診日期116年1月1日起，從長度10調整為200。
6	性別	文字	1	V	1：男；2：女。
7	出生日期	文字	7	V	YYYMMDD，例如38年2月1日鍵入0380201
8	原住民	文字	1	V	1：是；2：否。
9	身分證統一編號或統一證號	文字	10	V	身分證統一編號或外籍統一證號，只接受10碼，大寫半型英數字元。如：A123456789
10	聯絡電話	文字	20	△	電話區號以括號表示；分機以#表示，如：(02)34567890#123
11	手機	文字	10	△	聯絡電話與手機擇一必填。

12	鄉鎮市區代碼	文字	4	V	鄉鎮市區代碼4碼，非郵遞區號。 （請參考最新版鄉鎮市區代碼對照表）
13	地址	文字	60	V	
14	教育	文字	1	V	1：無 2：小學 3：國（初）中 4：高中（職） 5：專科、大學 6：研究所以上 7：拒答。
15	嚼檳榔	文字	1	V	0：無 1：已戒 2：嚼10年以下，每天少於20顆 3：嚼10年以下，每天20顆及以上 4：嚼超過10年，每天少於20顆 5：嚼超過10年，每天20顆及以上
16	吸菸	文字	1	V	0：無 1：已戒 2：吸10年以下，每天少於20支 3：吸10年以下，每天20支及以上 4：吸超過10年，每天少於20支 5：吸超過10年，每天20支及以上
17	有無症狀	文字	1	V	0：無 1：有
18	檢查醫療院所代碼	文字	10	V	必須和上傳的醫療院所代碼相同
19	門診日期	文字	7	V	YYYMMDD，例如99年2月1日鍵入0990201，服務對象看診日期
20	檢查結果	文字	2	V	0：未發現以下需轉介之異常； 1：疑似口腔癌； 2：口腔內外不明原因之持續性腫塊； 3：紅斑； 4：紅白斑； 5：疣狀增生； 71：非均質性白斑 72：均質性厚白斑 73：均質性薄白斑 76：口腔黏膜下纖維化症 8：約兩星期仍不癒之口腔潰爛/糜爛； 9：扁平苔蘚； 10：口腔黏膜不正常，但診斷未明； 99：其他。
21	檢查結果-其他敘述	文字	40	△	檢查結果選「99：其他」時，此欄為必填

22	檢查結果部位	文字	75	△	若檢查結果為0以外之代碼，口腔黏膜初檢 異常部位編碼為必填（可複選，請以逗號分隔）。 AU：口唇（上） AD：口唇（下） BR：頰黏膜（右） BL：頰黏膜（左） CR：臼齒後三角區（右） CL：臼齒後三角區（左） DR：上牙齦/齒槽黏膜（右） DL：上牙齦/齒槽黏膜（左） ER：下牙齦/齒槽黏膜（右） EL：下牙齦/齒槽黏膜（左） FR：舌（右） FL：舌（左） GR：口底黏膜（右） GL：口底黏膜（左） HR：硬腭（右） HL：硬腭（左） IR：軟腭（右） IL：軟腭（左） JR：扁桃體（右） JL：扁桃體（左） KR：口咽後壁黏膜（右） KL：口咽後壁黏膜（左） L：其他 MR：頸部腫塊（右） ML：頸部腫塊（左）
23	檢查結果部位-其他敘述	文字	40	△	檢查結果部位選「L：其他」時，此欄為必填
24	前項檢查疑似異常個案轉至醫院代碼	文字	10	△	健保署特約醫事機構代碼（一律為10碼） 20檢查結果為「0」，不可匯入確診 **無資料時請以10個字元的空白代替**
25	前項檢查疑似異常個案轉介日期	文字	7	△	24醫院代碼有值時，此欄為必填 YYYMMDD，例如99年2月1日鍵入0990201 **無資料時請以7個字元的空白代替**
26	醫師執業執照號碼	文字	10	V	轄區衛生局核發之醫師執業執照號碼（身分證字號），大寫半型英數字元。如：A123456789
每筆資料總長度			523		

表三、確診追蹤資料

序號	欄位名稱	屬性	長度	必填	備 註
1	確診個案姓名	文字	200	V	以門診日期116年1月1日起，從長度10調整為200。
2	確診個案出生日期	文字	7	V	YYYMMDD，例如38年2月1日鍵入0380201
3	確診個案身分證統一編號或統一證號	文字	10	V	身分證統一編號或外籍統一證號，只接受10碼，大寫半型英數字元，如：A123456789。與表二序號9身分證統一編號或統一證號相同。
4	檢查醫療院所代碼	文字	10	V	與表二的序號18檢查醫療院所代碼相同。
5	門診日期	文字	7	V	YYYMMDD，例如99年2月1日鍵入0990201 與表二的序號19門診日期相同。
6	保留欄位	文字	2	V	本保留欄位原為醫令代碼。請以2個字元的空白代替。
7	疑似異常個案二個月內後續確診	文字	1	V	0：沒有 1：有
8	沒有接受確診理由	文字	1	△	1：無法聯繫 2：出國 3：搬家 4：死亡 5：拒做 6：其他 若7：疑似異常個案後續確診為「0：沒有」時必填。
9	沒有接受確診理由-其他敘述	文字	50	△	若8：沒有接受確診理由為「6：其他」時必填。
10	複檢（確診）醫院代碼	文字	10	△	若7：疑似異常個案後續確診為「1：有」時，此欄必填。健保署特約醫事機構代碼（一律為10碼）
11	複檢（確診）日期	文字	7	△	YYYMMDD，例如99年3月1日鍵入0990301 若7：疑似異常個案後續確診為「1：有」時，此欄必填。
12	病理切片	文字	1	△	0：無；1：有。 若11：複檢（確診）日期有填寫時，此欄必填。
13	臨床診斷（複檢）結果-非口腔癌之其他病變	文字	2	△	00：無明顯異常； 08：非均質性白斑 09：均質性厚白斑 10：均質性薄白斑 12：紅斑； 13：紅白斑； 14：疣狀增生； 15：口腔黏膜纖維化； 16：扁平苔蘚或類扁平苔癬反應； 20：疑似口腔癌 99：其他 若11：複檢（確診）日期有填寫時，此欄必填。

14	臨床診斷（複檢）結果-非口腔癌之其他病變-其他敘述	文字	40	△	（臨床診斷（複檢）結果-非口腔癌之其他病變選「99：其他」時，此欄為必填）
15	經病理診斷（確診）結果-病理診斷	文字	2	△	21：口腔癌； 22：上皮變異； 23：輕度上皮變異； 24：中度上皮變異； 25：重度上皮變異； 99：其他。 若12之病理切片為「1有」時為必填。
16	經病理診斷（確診）結果-病理診斷-其他敘述	文字	40	△	經15病理診斷（確診）結果-病理診斷選「99：其他」時，此欄為必填
17	治療	文字	1	△	0：無； 1：有； 2：個案拒絕治療。 若11：複檢 （確診）日期有填寫時，13診斷（確診）結果非「00：正常」時，此欄必填。 若11：複檢 （確診）日期有填寫時，且15診斷（確診） 結果非空白時，此欄必填。
18	治療醫院代碼	文字	10	△	若17：治療為「1有」時必填。 疑似異常個案後續確診為「0沒有」時非必填。
每筆資料總長度			401		

表四、口腔篩檢刪除資料 OralA Del

序號	欄位名稱	屬性	長度	必填	備 註
1	身分證統一編號或統一證號	文字	10	V	身分證統一編號或外籍統一證號，只接受10碼，大寫半型英數字元，如：A123456789。
2	檢查醫療院所代碼	文字	10	V	檢查醫療院所代碼
3	門診日期	文字	7	V	YYYMMDD，例如99年2月1日鍵入0990201
每筆資料總長度			27		

表五、口腔篩檢刪除資料 OralB Del

序號	欄位名稱	屬性	長度	必填	備 註
1	身分證統一編號或統一證號	文字	10	V	身分證統一編號或外籍統一證號，只接受10碼，大寫半型英數字元，如：A123456789。
2	檢查醫療院所代碼	文字	10	V	檢查醫療院所代碼
3	門診日期	文字	7	V	YYYMMDD，例如99年2月1日鍵入0990201
每筆資料總長度			27		

上述表四及表五的刪除欄位均相同，取決於檔案命名方式來判斷是要刪除 OralA 還是 OralB

Txt 檔產出規則

一、口腔檢查結果：每筆資料均為固定長度，共26個欄位／523字元（中英文均各視為單一字元），均採向左靠齊，不足以空白填補。

二、口腔確診追蹤：每筆資料均為固定長度，共18個欄位／401字元（中英文均各視為單一字元），均採向左靠齊，不足以空白填補。

三、產生 txt 的命名規則為：OralA 檢驗單位健保代碼_5碼.txt

如：OralA3831040864_10101.txt

上傳檔案名稱命名範例—

口腔檢查結果匯入檔名稱：OralA3831040864_10101.txt

口腔檢查結果匯入檔名稱（刪除用）：OralA3831040864_10101_Del.txt

口腔確診追蹤匯入檔名稱：OralB3831040864_10101.txt

口腔確診追蹤匯入檔名稱（刪除用）：OralB3831040864_10101_Del.txt

檔名亦可如下方式命名為：

例如，口腔黏膜篩檢匯入檔名稱：OralA3831040864_101A1.txt

上述檔案的「_」後面只要5碼即可，文字數字皆可接受。

【附錄 4】

口腔黏膜檢查服務檢查紀錄結果表單

口腔黏膜病變個案複檢（確診）結果

複檢（確診）醫院名稱及代碼：_____

複檢（確診）日期：民國_____年_____月_____日

臨床診斷（複檢）結果

□⓪⓪無明顯異常□⓴疑似口腔癌□⓬紅斑□⓭紅白斑□⑧非均質性白斑□⑨均質性厚白斑

□⑩均質性薄白斑□⓮疣狀增生□⓯口腔黏膜下纖維化症□⓰扁平苔癬或類扁平苔癬反應(lichen planus, lichenoid reaction)□⓽⓽其他_____

病理診斷（確診）結果 病理切片：□⓿無，□❶有

□⑩正常

□❷上皮過度角化或上皮增生(Hyperkeratosis and/or epithelial hyperplasia)

□❸輕度上皮變異(Mild dysplasia,SIN1,basal cell hyperplasia)

□❹中度上皮變異(Moderate dysplasia, SIN2-high-grade)

□❺重度上皮變異(Severe dysplasia, SIN3-high-grade)

□❻原位癌(Carcinoma in situ)

□❼口腔鱗狀細胞癌(Oral Squamous cell carcinoma , includinding verrucous carcinoma, adenosquamous carcinoma)

□❽其他惡性度未定之非鱗狀上皮病變(squamous lesions with uncertain malignant potential, including salivary gland neoplasm, atypical spindle cells, atypical lymphoid cells...)

□❾其他良性病變(other benign lesions)

□❿非典型鱗狀病變，惡性度未定(Atypical squamous lesions or atypia with uncertain malignant potential)

□⓫口咽鱗狀細胞癌(Oropharyngeal squamous cell carcinoma)

□P16 陽性鱗狀細胞癌(P16-positive squamous cell carcinoma)

□P16 陰性鱗狀細胞癌(P16-negative squamous cell carcinoma)

□⓬其他惡性腫瘤(Others malignant tumors: salivary gland carcinoma, other carcinoma, sarcoma lymphoma, melanoma…)

□⓮疣狀病變/增生(Verrucous lesion, Verrucous hyperplasia, atypical verrucous hyperplasia)

□⓯口腔黏膜下纖維化症(Oral submucous fibrosis)

□⓰扁平苔癬或類扁平苔癬反應(lichen planus, lichenoid reaction)

□⓽⓽其他(others) _____

複檢（確診）醫師簽名（蓋章）：_____**，執業執照號碼：**_____

※本表由接受原篩檢醫事服務機構轉診或轉介之確診醫事服務機構上傳至口腔癌篩檢追蹤系統。

※本計畫**應取得**個案書面同意相關資料作為原轉診或轉介之篩檢醫事服務機構進行個案追蹤健康管理與衛生單位政策評估使用。